

Atitudes de profissionais de saúde mental em relação a indivíduos com esquizofrenia: uma comparação transcultural entre Suíça e Brasil

Attitudes of mental health professionals towards persons with schizophrenia: a transcultural comparison between Switzerland and Brazil

MICHAEL PASCAL HENGARTNER¹, ALEXANDRE ANDRADE LOCH², FABIO LOREA LAWSON², FRANCISCO BEVILACQUA GUARNIERO², YUAN-PANG WANG², WULF RÖSSLER^{2,3}, WAGNER FARID GATTAZ²

¹ Psychiatric University Hospital Zurich, Department of General and Social Psychiatry, Zurich, Switzerland.

² Departamento e Instituto de Psiquiatria, Universidade de São Paulo (USP), Brasil.

³ Collegium Helveticum, a Joint Research Institute between the University of Zurich and the Swiss Federal Institute of Technology, Zurich, Switzerland.

Recebido: 6/1/2012 – Aceito: 15/5/2012

Resumo

Contexto: A estigmatização é uma questão importante no tratamento e no curso da esquizofrenia. A manutenção de atitudes estigmatizantes pode estar relacionada a fatores socioculturais. **Objetivos:** Comparar atitudes estigmatizantes de profissionais de saúde mental em países culturalmente diversos: Brasil e Suíça. **Métodos:** Foram analisados dados de duas grandes pesquisas sobre o estigma na Suíça e no Brasil, focando-se no desejo de distância social em relação a indivíduos com esquizofrenia e atitudes de profissionais de saúde mental em relação à aceitação de efeitos colaterais do tratamento psicofarmacológico. **Resultados:** Profissionais de saúde mental suíços apresentaram níveis significativamente mais elevados de distância social do que suas contrapartes brasileiras. Houve também um efeito fraco de idade, bem como um efeito da interação entre a origem e a idade. Com relação à aceitação de efeitos colaterais, a influência da origem foi bastante fraca. Com exceção do risco de dependência dos psicotrópicos, a aceitação dos profissionais suíços a efeitos colaterais de longa duração foi significativamente maior do que a de seus colegas no Brasil. **Conclusões:** A forte associação entre origem e distância social pode estar relacionada à formação sociocultural dos profissionais de saúde mental; em comparação com a Suíça, o Brasil é muito heterogêneo em termos de estrutura étnica e socioeconômica. A aceitação de efeitos colaterais pode também estar relacionada com os medicamentos mais sofisticados (ou seja, drogas antipsicóticas de nova geração) comumente usados na Suíça.

Hengartner MP, et al. / *Rev Psiq Clín.* 2012;39(4):115-21

Palavras-chave: Estigmatização, distância social, estereótipos, esquizofrenia, epidemiologia, medicamentos, discriminação.

Abstract

Background: Stigmatization is an important issue in the treatment and course of schizophrenia. The maintenance of stigmatizing attitudes may be related to socio-cultural factors. **Objectives:** To compare stigmatizing attitudes of mental health professionals in the culturally diverse countries Brazil and Switzerland. **Methods:** We analyzed data of two broad stigmatization surveys from Switzerland and Brazil by focusing on the social distance and attitudes of mental health professionals towards the acceptance of side effects of psychopharmacological treatment. **Results:** Swiss mental health professionals showed significantly higher levels of social distance than their Brazilian counterparts. There was also a weak effect of age as well as an interaction effect between origin and age. With respect to the acceptance of side effects, the effect of origin was rather weak. With the exception of drug dependence, Swiss professionals' acceptance of long-lasting side effects was significantly higher than for their counterparts in Brazil. **Discussion:** The strong association between origin and social distance may be related to the socio-cultural background of the mental health professionals. In comparison with Switzerland, Brazil is very heterogeneous in terms of ethnicity and socio-economic structure. The distinct acceptance of side effects may additionally be related to the more sophisticated medicaments (i.e. new generation of antipsychotic drugs) commonly used in Switzerland.

Hengartner MP, et al. / *Rev Psiq Clín.* 2012;39(4):115-21

Keywords: Stigmatization, social distance, stereotypes, schizophrenia, epidemiology, medication, discrimination.

Introdução

O estigma atribuído a indivíduos com esquizofrenia é tido como um fator que pode piorar o prognóstico do transtorno. Estudos têm mostrado que depressão, autoconfiança e qualidade de vida, por exemplo, são piores para aqueles que experimentam preconceito do que para aqueles que não o experimentam^{1,2}. Isso fez com que o estigma fosse intensamente estudado ao longo das últimas duas décadas e também provocou o lançamento e a avaliação de diferentes campanhas antiestigma^{3,4}.

Como parte da pesquisa realizada sobre o estigma, há muita discussão sobre que medidas devem ser adotadas para reduzir o preconceito. Alguns autores, por exemplo, propõem que o estigma relacionado ao portador de transtorno mental deve ser combatido

com uma estratégia composta por três itens: contato, informação e protesto^{5,6}. No entanto, investigações sobre o processo de desinstitucionalização nos Estados Unidos têm mostrado que um maior contato com os doentes mentais aumentou o estigma atribuído a eles pela população geral⁷. No que se refere a informações tendenciosas ou opiniões enviesadas, elas têm demonstrado serem importantes fontes de estigma; uma maior cobertura da mídia sobre crimes cometidos por indivíduos com transtornos mentais e a associação estereotipada entre essa população e periculosidade ou agressividade, por exemplo, mostraram contribuir em grande medida para o aumento do preconceito contra tais indivíduos⁸. Não obstante, isso contraria a opinião defendida por alguns de que profissionais de saúde mental (SM) (que pela própria natureza de sua ocupação

são pessoas em contato permanente com pacientes psiquiátricos) podem usar a informação para rotular indivíduos e assim diminuir o desejo de distância social⁹. Alguns outros estudos têm mostrado que as atitudes dos profissionais de SM, uma população-chave na promoção de pontos de vista não estigmatizantes dos portadores de transtornos mentais, às vezes são mais prejudiciais do que as atitudes da população geral^{10,11}.

Iniciativas antiestigma amplas, mundiais, encontram certa dificuldade em atingir eficácia plena^{12,13}. Isso ocorre porque o estigma parece ser um fenômeno social complexo¹⁴, profundamente enraizado na sociedade, e que se manifesta de forma heterogênea, de acordo com as características específicas de cada ambiente sociocultural. Se tais iniciativas almejam ter efeito sobre os profissionais de SM que desempenham um papel fundamental na disseminação de conhecimento adequado e de atitudes em relação ao doente mental, questões como as que se seguem necessitam ser examinadas: os fatores socioculturais de cada ambiente específico em que esses profissionais trabalham desempenham um papel nas manifestações do estigma? E até que ponto o ambiente influencia o estigma?

Assim, o objetivo deste estudo foi o de avaliar essa questão transcultural, comparando duas amostras de profissionais de SM de países distintos, uma da Suíça e a outra do Brasil, quanto aos seus desejos de distância social em relação a indivíduos com esquizofrenia e suas aceitações de efeitos colaterais do tratamento psicofarmacológico desses pacientes.

Métodos

Amostras e procedimento

Para a Suíça, reanalisaram-se os dados do estudo “Saúde e doença em pessoas com transtornos mentais – uma perspectiva profissional”^{10,11,15}. Para esse levantamento, todas as 32 instituições psiquiátricas das regiões de língua alemã da Suíça foram incluídas na coleta de dados. Profissionais de SM foram selecionados por meio do seguinte processo: 1) um esboço do projeto foi enviado para os gerentes de todas as 32 instituições; 2) uma apresentação do estudo foi entregue em cada instituição participante, e 3) um folheto com um formulário de inscrição foi entregue para cada profissional de SM das instituições participantes. De todos os 3.088 profissionais de saúde mental das regiões de língua alemã da Suíça, 1.073 indivíduos foram abordados e concordaram em participar de uma entrevista telefônica assistida por computador – CATI (taxa de resposta de 34,7%). Estudantes de psicologia especialmente treinados realizaram o CATI sob supervisão entre abril de 2003 e abril de 2004. Três vinhetas de caso foram apresentadas aos diferentes participantes com a finalidade de comparar a estigmatização dos diferentes diagnósticos. A primeira vinheta de caso descrevia um paciente com depressão, a segunda um paciente com esquizofrenia e a terceira uma pessoa em uma situação de mudança de vida, sem sintomas psiquiátricos. Mais detalhes sobre o procedimento de amostragem foram descritos em outro estudo¹⁰. Para o presente estudo foram utilizados apenas os participantes que responderam às perguntas relacionadas à vinheta de caso de esquizofrenia, o que reduziu o tamanho da amostra a 383 indivíduos.

Os participantes brasileiros foram recrutados e pesquisados por meio de uma entrevista face a face, durante o Congresso Brasileiro de Psiquiatria realizado em São Paulo, em novembro de 2009, pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Esse congresso nacional atrai um grande público e normalmente conta com mais de 5.000 participantes de todo o país, além de muitos visitantes do exterior. Uma vez que São Paulo é a maior cidade do Brasil e tem muitos profissionais de SM, no ano em que o estudo foi realizado, cerca de 6.500 pessoas estiveram presentes no encontro. Um instituto de pesquisa foi contratado para realizar as entrevistas. Cinquenta entrevistadores foram selecionados e treinados pelos pesquisadores deste estudo. Na amostra brasileira de profissionais de saúde mental, a vinheta de caso utilizado na Suíça para descrever um paciente com esquizofrenia foi substituída pela expressão “uma pessoa diagnosticada com esquizofrenia”, para manter a duração da entrevista o mais curta possível. Durante os quatro dias

da conferência, 2.549 participantes foram convidados a participar das entrevistas face a face. Desses, 954 se recusaram a participar ou a preencher o questionário inteiro, o que reduziu o tamanho da amostra para 1.595 indivíduos. Três participantes foram excluídos porque eles eram cidadãos da Venezuela, levando, assim, o número da amostra final para 1.592 profissionais de SM brasileiros (taxa de resposta 62,5%). Mais detalhes foram descritos em outro estudo¹⁶.

Instrumentos e medidas

O questionário aplicado em ambas as amostras tem sido utilizado em pesquisas de atitude anteriores na Suíça^{10,11,15,17} e no Brasil¹⁸. Juntamente com informações sociodemográficas, o instrumento inclui perguntas sobre estereótipos, distância social e preconceito relacionados aos doentes mentais, bem como recomendações sobre o tratamento. Para o presente estudo, adaptamos também 10 itens sobre a aceitação dos efeitos colaterais do tratamento psicofarmacológico da pesquisa de Angermeyer *et al.*¹⁹ e seis itens da Escala de Distância Social²⁰. A Escala de Distância Social consiste de sete perguntas, no entanto o item “Você alugaria um quarto para uma pessoa com esquizofrenia?” foi realizado apenas na amostra suíça, já que no Brasil é bastante incomum se alugar um quarto para outra pessoa.

A Escala de Distância Social avalia a disposição de um entrevistado em interagir com uma pessoa com transtorno mental. A escala de resposta no inquérito suíço variou de 1 “certamente sim” a 5 “definitivamente não”. A entrevista brasileira utilizou uma escala Likert de 3 pontos com 1 significando “certamente sim”, 2 “talvez” e 3 “definitivamente não”. Consequentemente, os dados suíços tiveram de ser recodificados para corresponder aos dados brasileiros. Combinamos os valores 1 e 2 dos dados suíços com o valor 1 dos dados brasileiros, o valor 3 suíço com o valor 2 brasileiro e, finalmente, os valores 4 e 5 dos dados suíços com o valor 3 dos dados brasileiros. A consistência interna da escala foi boa (α de Cronbach = 0,742).

A escala de aceitação dos efeitos colaterais mede a opinião sobre a quantidade de tempo que uma pessoa com esquizofrenia deve aceitar vários efeitos colaterais do tratamento psicofarmacológico. As respostas tinham que ser escolhidas a partir de uma escala de Likert de 3 pontos que representava: 1 “não deve aceitar”, 2 “deve aceitar por 2-3 semanas” e 3 “deve aceitar por mais de 3 semanas (ou seja, a longo prazo)”. A consistência interna dessa escala também foi boa (α de Cronbach = 0,742).

Análises estatísticas

Primeiramente, associações bivariadas entre as atitudes em relação às pessoas com esquizofrenia e origem dos profissionais de SM foram realizadas com tabulações cruzadas. Níveis de significância foram indicados com estatística de Chi-quadrado de Pearson. Segundo, variáveis contínuas de distância social e aceitação dos efeitos colaterais do tratamento psicofarmacológico foram obtidas pela soma da pontuação de todos os itens de resposta. Posteriormente, ambas as escalas foram padronizadas por meio da aplicação da transformação z. Altos valores indicaram aumento da distância social e maior aceitação dos efeitos colaterais, respectivamente. Terceiro, para ambas as medidas contínuas, um modelo separado multivariado foi realizado utilizando ANOVA de três fatores. Origem, sexo, idade e seus efeitos de interação de primeira e de segunda ordem foram inseridos como variáveis independentes. Testes bicaudais de significância foram aplicados.

Todas as análises estatísticas foram realizadas com SPSS versão 19 para Macintosh.

Resultados

A amostra final suíça utilizada para o presente estudo consistiu de 140 homens (36,6%) e 243 pessoas do sexo feminino (63,4%), e a idade média foi de 40,8 anos (DP = 9,2). Além disso, a amostra compunha-se de 67 psiquiatras (17,5%), 27 psicólogos (7,0%), 240 enfermeiros/auxiliares de enfermagem (62,7%) e 49 assistentes sociais e outros

médicos/profissionais (12,8%). A amostra brasileira de profissionais de SM consistiu de 853 homens (53,6%) e 739 (46,4%) pessoas do sexo feminino; a idade média foi de 42,8 anos (DP = 12,7). A amostra foi composta por 1.414 psiquiatras (88,8%), 44 psicólogos (2,8%), 11 enfermeiros/auxiliares de enfermagem (0,7%) e 123 assistentes sociais e outros médicos/profissionais (7,7%).

Nas análises bivariadas para os itens individuais de distância social para com pessoas com esquizofrenia, profissionais de SM

suíços relataram distância social significativamente maior do que profissionais de SM brasileiros (ver tabela 1). Resultados bivariados para a aceitação dos efeitos colaterais do tratamento psicofarmacológico estão descritos na tabela 2. Com exceção de “dependência dos psicotrópicos”, profissionais de SM brasileiros foram mais relutantes em aceitar os efeitos colaterais devidos ao tratamento psicofarmacológico do que seus colegas suíços. A aceitação de tremor não teve diferenças significativas entre os dois grupos.

Tabela 1. Distância social para com pessoas com esquizofrenia: frequência e porcentagem de respostas em associação com origem do profissional de saúde mental

		Suíça	Brasil	χ^2 (Sig.)
Você seria vizinho de uma pessoa com esquizofrenia?	Certamente sim	283 (73,9%)	1210 (76,1%)	28,888 (0,000)
	Talvez	60 (15,7%)	319 (20,1%)	
	Definitivamente não	40 (10,4%)	62 (3,9%)	
Você gostaria que seu filho ou um parente seu se casasse com alguém com esquizofrenia?	Certamente sim	131 (35,4%)	398 (25,0%)	48,080 (0,000)
	Talvez	128 (34,6%)	869 (54,6%)	
	Definitivamente não	111 (30,0%)	325 (20,4%)	
Você confiaria em uma pessoa com esquizofrenia para cuidar de seus filhos?	Certamente sim	49 (12,9%)	457 (28,7%)	309,059 (0,000)
	Talvez	79 (20,7%)	805 (50,6%)	
	Definitivamente não	253 (66,4%)	329 (20,7%)	
Você começaria a trabalhar junto com uma pessoa com esquizofrenia?	Certamente sim	163 (43,1%)	1275 (80,1%)	619,530 (0,000)
	Talvez	56 (14,8%)	297 (18,7%)	
	Definitivamente não	159 (42,1%)	20 (1,3%)	
Você apresentaria um amigo seu a alguém com esquizofrenia?	Certamente sim	176 (46,1%)	1.398 (87,8%)	481,583 (0,000)
	Talvez	82 (21,5%)	168 (10,6%)	
	Definitivamente não	124 (32,5%)	26 (1,6%)	
Você recomendaria uma pessoa com esquizofrenia para uma vaga de emprego?	Certamente sim	72 (18,9%)	621 (39,1%)	614,637 (0,000)
	Talvez	101 (26,5%)	891 (56,1%)	
	Definitivamente não	208 (54,6%)	77 (4,8%)	

Tabela 2. Aceitação de efeitos colaterais do tratamento psicofarmacológico: frequência e porcentagem de respostas em associação com origem do profissional de saúde mental

		Suíça	Brasil	χ^2 (Sig.)
Boca seca	Não aceitar	12 (3,2%)	79 (5,0%)	14,750 (0,001)
	Aceitar por 2-3 semanas	168 (44,2%)	840 (53,0%)	
	Aceitar no longo prazo	200 (52,6%)	665 (42,0%)	
Transpiração	Não aceitar	19 (5,0%)	197 (12,4%)	18,908 (0,000)
	Aceitar por 2-3 semanas	227 (60,1%)	930 (58,6%)	
	Aceitar no longo prazo	132 (34,9%)	459 (28,9%)	
Fadiga	Não aceitar	24 (6,3%)	346 (21,8%)	49,103 (0,000)
	Aceitar por 2-3 semanas	280 (73,9%)	1.006 (63,5%)	
	Aceitar no longo prazo	75 (19,8%)	233 (14,7%)	
Disfunção sexual	Não aceitar	49 (13,2%)	322 (20,4%)	13,508 (0,001)
	Aceitar por 2-3 semanas	206 (55,7%)	736 (46,6%)	
	Aceitar no longo prazo	115 (31,1%)	522 (33,0%)	
Inquietação	Não aceitar	133 (35,3%)	765 (48,3%)	21,724 (0,000)
	Aceitar por 2-3 semanas	218 (57,8%)	714 (45,1%)	
	Aceitar no longo prazo	26 (6,9%)	104 (6,6%)	
Ganho de peso	Não aceitar	66 (17,5%)	553 (35,0%)	50,527 (0,000)
	Aceitar por 2-3 semanas	184 (48,8%)	523 (33,1%)	
	Aceitar no longo prazo	127 (33,7%)	506 (32,0%)	
Distúrbios de movimento	Não aceitar	226 (59,6%)	1.159 (73,2%)	27,503 (0,000)
	Aceitar por 2-3 semanas	141 (37,2%)	385 (24,3%)	
	Aceitar no longo prazo	12 (3,2%)	39 (2,5%)	
Fadiga	Não aceitar	86 (22,8%)	558 (35,3%)	27,624 (0,000)
	Aceitar por 2-3 semanas	256 (67,9%)	841 (53,2%)	
	Aceitar no longo prazo	35 (9,3%)	183 (11,6%)	
Dependência dos psicotrópicos	Não aceitar	119 (32,3%)	367 (23,8%)	61,224 (0,000)
	Aceitar por 2-3 semanas	176 (47,8%)	529 (34,4%)	
	Aceitar no longo prazo	73 (19,8%)	644 (41,8%)	
Tremor	Não aceitar	196 (51,9%)	769 (48,6%)	3,005 (0,223)
	Aceitar por 2-3 semanas	167 (44,2%)	718 (45,5%)	
	Aceitar no longo prazo	15 (4,0%)	95 (6,0%)	

Resultados das análises multivariadas são apresentados na tabela 3. Com relação à distância social em relação às pessoas com esquizofrenia, a origem dos profissionais de SM foi um forte preditor quando ajustado para idade e sexo. A pontuação média na escala de distância social era mais do que um desvio-padrão, mais elevada para os profissionais de SM suíços do que para os seus semelhantes no Brasil (médias = 0,915 vs. -0,221 para as amostras da Suíça e do Brasil, respectivamente) e representou, assim, um efeito bastante forte (d de Cohen = 1,14). Associação estatisticamente significativa também foi encontrada para a idade, e os jovens profissionais de SM (com idade até 30) mostraram distância social inferior (média = 0,225), enquanto os profissionais de SM mais velhos (com idade de 51 ou mais) relataram maior distância social (média = 0,496). Além disso, um efeito de interação significativo entre a origem e a idade dos profissionais de SM foi observado (Figura 1). Na Suíça, houve diferenças notáveis na pontuação de distância social total com relação à idade, enquanto no Brasil os profissionais de SM de todas as categorias de idade apresentaram valores praticamente idênticos. No geral, os testes de efeitos intersujeitos foram responsáveis por 20,3% da variância total na escala de distância social, que é bastante alto considerando que apenas três variáveis independentes foram inseridas no modelo.

A aceitação dos efeitos colaterais do tratamento psicofarmacológico também foi consideravelmente determinada pela origem dos profissionais de SM quando ajustados por sexo e idade; profissionais de SM brasileiros foram menos tolerantes aos efeitos colaterais em longo prazo em seus pacientes com esquizofrenia do que seus colegas suíços (média = 0,185 vs. -0,039 para profissionais de SM suíços e brasileiros, respectivamente). O tamanho do efeito correspondente foi fraco (d de Cohen = 0,22). Além disso, houve um efeito significativo do sexo, indicando que homens relataram maior aceitação de efeitos colaterais de longa duração (média = 0,147 vs. 0,000 para homens e para mulheres, respectivamente), e um efeito significativo da interação entre idade e sexo foi visto também. Conforme mostrado na figura 2, os homens relataram maior aceitação no grupo

mais jovem (até 30 anos) e nos dois grupos de maior idade (41 anos e mais), enquanto as mulheres apresentaram maior aceitação no grupo etário dos 31-40 anos. No entanto, o modelo geral explicou apenas 2,0% da variância total, sugerindo que origem, sexo e idade dos profissionais de SM mostram apenas uma correlação discreta com a aceitação dos efeitos colaterais.

A distância social em relação às pessoas com esquizofrenia e a aceitação dos efeitos colaterais do tratamento psicofarmacológico em pessoas com esquizofrenia estiveram correlacionados. Essa constatação é válida tanto para a amostra total (Pearson $r = 0,032$, $P = 0,166$) como para as amostras suíça (Pearson $r = 0,034$, $P = 0,534$) e brasileira (Pearson $r = -0,005$, $P = 0,848$).

Discussão

Este é o primeiro estudo comparando as atitudes dos profissionais de SM da Suíça e do Brasil em relação às pessoas com esquizofrenia. Usamos modelos multivariados que foram ajustados para sexo e idade e que, adicionalmente, examinaram os efeitos de interação. Resultados mostram que o *background* sociocultural pode ter um efeito importante sobre o estigma relacionado às pessoas com esquizofrenia.

Profissionais de SM suíços relataram um desejo de distância social consistentemente maior em relação aos indivíduos com esquizofrenia do que suas contrapartes brasileiras. A diferença entre os dois grupos foi maior quando as questões diziam respeito a um contato mais distante; por outro lado, as questões relativas a um contato mais próximo mostraram menor diferença. Modelos multivariados controlados para sexo e idade também foram calculados e encontramos efeitos significativos para a origem, idade, bem como para a interação entre origem e idade dos profissionais de SM. A origem dos profissionais de SM teve um efeito bastante significativo sobre a distância social em relação às pessoas com esquizofrenia. O tamanho do efeito foi grande e o modelo explicou mais de 20% da variância total na escala de distância social, o que é alto.

Tabela 3. Análise multivariada da distância social e da aceitação de efeitos colaterais do tratamento psicofarmacológico: efeitos da origem, idade e sexo do profissional de saúde mental

			Média (DP)	F (df)	Sig.
Distância social					
	Origem	Suíça (N = 365) Brasil (N = 1.587)	0,915 (0,055) -0,221 (0,023)	366,980 (1)	0,000
	Idade	≤ 30 (N = 388) 31-40 (N = 570) 41-50 (N = 463) > 50 (N = 531)	0,225 (0,073) 0,322 (0,045) 0,345 (0,049) 0,496 (0,066)	2,745 (3)	0,042
	Sexo	Masculino (N = 981) Feminino (N = 971)	0,318 (0,047) 0,376 (0,036)	0,981 (1)	0,322
	Origem*Idade			2,830 (3)	0,037
	Origem*Sexo			0,659 (1)	0,417
	Idade*Sexo			0,733 (3)	0,532
	Origem*Idade*Sexo			1,260 (3)	0,287
Efeitos colaterais					
	Origem	Suíça (N = 354) Brasil (N = 1.524)	0,185 (0,062) -0,039 (0,026)	11,153 (1)	0,001
	Idade	≤ 30 (N = 372) 31-40 (N = 548) 41-50 (N = 446) > 50 (N = 512)	0,118 (0,085) 0,135 (0,051) 0,055 (0,056) -0,014 (0,071)	4,761 (1)	0,029
	Sexo	Masculino (N = 946) Feminino (N = 932)	0,147 (0,054) 0,000 (0,040)	0,981 (1)	0,322
	Origem*Idade			0,606 (3)	0,611
	Origem*Sexo			0,260 (1)	0,610
	Idade*Sexo			3,031 (3)	0,028
	Origem*Idade*Sexo			2,041 (3)	0,106

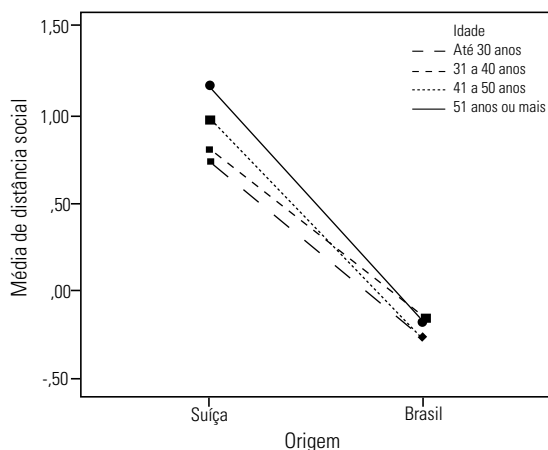


Figura 1. Efeito da interação entre origem e idade em associação com distância social para com pessoas com esquizofrenia.

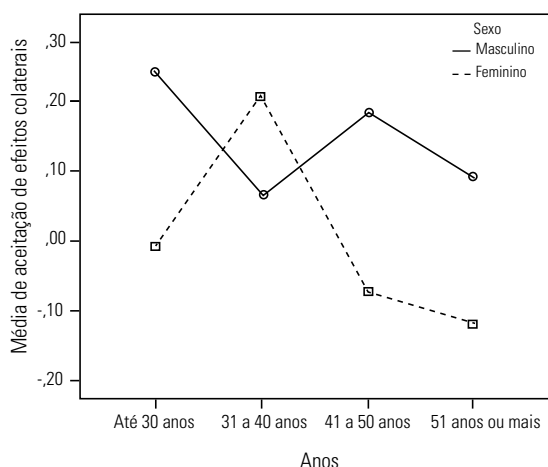


Figura 2. Efeito da interação entre sexo e idade em associação com aceitação de efeitos colaterais do tratamento psicofarmacológico de pessoas com esquizofrenia.

Também examinamos as associações entre a origem dos profissionais de SM e suas atitudes em relação à aceitação de efeitos colaterais do tratamento psicofarmacológico de pessoas com esquizofrenia. Exceto pelo risco de dependência dos psicotrópicos, descobrimos que os profissionais de saúde mental suíços relataram uma aceitação consistentemente maior do que seus colegas brasileiros. No modelo multivariado encontramos um efeito significativamente modesto para a origem e um efeito significativamente fraco do sexo e da interação de idade e sexo. O tamanho do efeito foi pequeno e o modelo geral nesse sentido só explicou 2% da variância total, sugerindo que outros fatores além da origem, sexo e idade contribuem para as atitudes para com efeitos colaterais do tratamento psicofarmacológico.

Outros estudos avaliaram o estigma sob uma perspectiva transcultural²¹, mas apenas poucos deles avaliaram o estigma em relação às pessoas com esquizofrenia em ambientes socioculturalmente distintos. Um estudo recente comparou amostras de estudantes de farmácia na Austrália, Bélgica, Estônia, Finlândia, Índia e Latvia²². Os resultados mostraram que o grau de atitudes estigmatizantes foi semelhante entre os países, e os estudantes da Índia relataram menor distância social. Outro estudo que examinou países socioculturalmente diversos utilizando amostras da população geral relatou resultados similares aos achados do presente estudo²³, isto é, indivíduos

no país mais desenvolvido, a Alemanha, mostraram maior nível de distância social de indivíduos com esquizofrenia quando comparados a uma amostra da população geral da Rússia ou Mongólia. Estudo realizado por Des Courtis *et al.*¹⁸, também comparando profissionais de SM da Suíça e do Brasil, embora em uma amostra menor e regional, encontrou resultados análogos; profissionais de SM da Suíça mostraram maior nível de estigma em relação às pessoas com transtorno mental.

O estigma é um construto multifatorial e estudos recentes têm tentado retratar a influência complexa que a cultura tem na sua manifestação²⁴. Angermeyer e Schulze⁸ sugeriram que a influência da mídia na difusão de crimes cometidos por doentes mentais na Alemanha aumenta a distância social em relação a eles. O presente estudo sugere que outros fatores possíveis que podem ser cogitados são a diversidade étnica e a desigualdade socioeconômica. Índices de diversidade étnica e cultural para o Brasil são muito diferentes daqueles da Suíça²⁵. Além disso, os coeficientes Gini de desigualdade de renda para ambos os países também são bastante diferentes (0,55 e 0,28 para o Brasil e Suíça, respectivamente; um coeficiente de Gini de 0,0 denota desigualdade mínima e um coeficiente de 1,0 denota desigualdade máxima segundo a OCDE). Os índices indicam que há muito mais desigualdade social no Brasil com relação à origem social, à etnia e ao nível socioeconômico do que há na Suíça, que é uma sociedade bastante homogênea. Assim, uma possibilidade pode ser a de que os brasileiros, acostumados à diversidade social, são mais tolerantes e menos socialmente distantes de pessoas distintas em aparência, comportamento ou modo de pensar como as pessoas com esquizofrenia.

Essa hipótese alinha-se aos resultados do Estudo Piloto Internacional sobre Esquizofrenia, realizado há mais de 30 anos, que comparou o prognóstico desses pacientes em vários países de diferentes condições socioeconômicas²⁶. Um resultado mais favorável foi encontrado em pacientes de países em desenvolvimento; uma vez colocados em um contexto social mais heterogêneo e com menor competitividade, eles seriam menos estigmatizados por sua doença. No entanto, essa hipótese foi previamente contestada²⁷ e um corpo crescente de evidências sugere que esse axioma deve ser reexaminado²⁷. Outros autores também têm chamado a atenção para as características das diferentes culturas: eles sugerem que, em culturas latinas a sociedade é mais protetora e apoiadora do que a cultura anglo-americana e é, portanto, menos estigmatizante; esse fato também poderia melhorar o curso de esquizofrenia^{28,29}. Uma análise sobre as influências culturais foi fornecida por Bhugra³⁰.

Além de levar em consideração a questão da homogeneidade da sociedade, a disposição para controlar os sintomas psicóticos seria muito mais desejável na Suíça, por exemplo, aumentando, assim, a tolerância de seus profissionais de SM para com os efeitos colaterais. O “efeito colateral” que não foi tolerável foi o risco de dependência dos psicotrópicos, possivelmente consequência da atitude crítica dos profissionais de SM suíços em relação à política de redução de danos para o consumo de drogas no país. A Suíça, e especialmente a área urbana de Zurique, sofreu com grandes cenas de consumo aberto de drogas que se desenvolveram no início de 1980; assim, em 1991 o governo iniciou um programa de substituição de heroína para dependentes químicos, coberto pelo seguro de saúde obrigatório, o que poderia ter gerado essa visão mais crítica³¹. No entanto, efeitos colaterais de longo prazo no geral foram vistos de maneira negativa por todos os profissionais de SM, tanto da Suíça como do Brasil. Esse fato ressoa com o achado de uma relutância de profissionais de SM em eles mesmos tomarem antipsicóticos no caso hipotético de um distúrbio psicótico próprio³² e com a percepção negativa do tratamento psicofarmacológico no geral^{33,34}. Curiosamente, tal desconfiança do tratamento psicotrópico corresponde à imagem negativa elaborada por relatos em jornais^{35,36}.

Efeitos mínimos foram relatados para as variáveis idade e sexo, com idade mostrando correlação positiva com a maior distância social; isso possivelmente reflete o fato de que o treinamento de profissionais mais velhos foi feito antes de o estigma se tornar uma

questão central nas políticas de saúde mental. No geral, os homens demonstraram tolerar mais os efeitos colaterais de longo prazo do que as mulheres, possivelmente por causa de uma atitude mais dura para com indivíduos com esquizofrenia. Essa relação só foi inversa no grupo de idade entre 31 e 40 anos – levantou-se a hipótese de que mulheres profissionais de saúde mental em idade fértil estão mais dispostas a medicar esses pacientes por causa de sentimentos de insegurança ou medo de agressão física. Além disso, outros autores propuseram que a maior aceitação de efeitos colaterais duradouros relatados por profissionais de SM suíços também pode estar relacionada com os medicamentos mais sofisticados administrados – ou seja, medicamentos antipsicóticos de segunda geração, que são mais frequentemente usados na Suíça¹⁸.

Nosso estudo está sujeito a três limitações importantes: primeiro, as duas amostras não eram completamente comparáveis no que refere aos procedimentos de amostragem e composição da amostra. A frequência de diferentes tipos de profissões de SM, como descritos nos métodos, não está igualmente distribuída entre as amostras da Suíça e do Brasil. Isto é mais significativo para a porcentagem de psiquiatras e enfermeiros/auxiliares de enfermagem: 88,8% e 0,7%, respectivamente, para a amostra brasileira contra 17,5% e 62,7%, respectivamente, para a amostra suíça. Um ajuste para a categoria profissional não foi possível por causa dos baixos números de caso em células de categorias combinadas de profissão e certos grupos étnicos, por exemplo. No entanto, como relatado em estudos anteriores usando os mesmos dados de profissionais de SM na Suíça, psiquiatras mostram níveis significativamente mais elevados de estereótipos negativos¹⁰ e distância social¹¹ relacionados a pessoas com doença mental quando comparados com outros profissionais. Assim, se o percentual de psiquiatras na amostra suíça tivesse sido semelhante à porcentagem na amostra brasileira, os efeitos de origem encontrados no presente estudo possivelmente teriam aumentado ainda mais. Segundo, os dados suíços da escala de distância social tiveram de ser recodificados para que pudessem ser comparados com os dados brasileiros. Optou-se por corresponder igualmente os valores como descrito em métodos. No entanto, as análises conduzidas utilizando uma abordagem conservadora de recodificação (combinando os valores 1 e 2 com o valor 1, os valores 3 e 4 com o valor 2 e somente o valor 5 da escala de 5 pontos com os valores 3 da escala de 3 pontos) também geraram as mesmas correlações em proporções um pouco diferentes, mas ainda foram indicados níveis consideravelmente mais altos de distância social em profissionais suíços. Terceiro, os dados suíços foram coletados entre abril de 2003 e abril de 2004. Em contraste, os dados brasileiros foram colhidos em novembro de 2009. Embora o intervalo de tempo entre as duas amostras seja relativamente curto, não podemos excluir que pode ter influenciado os nossos resultados.

Em suma, nosso estudo sugere que a cultura, bem como fatores socioeconômicos, pode desempenhar um papel importante de modulação nas manifestações do estigma relacionado a indivíduos com esquizofrenia. Direções futuras devem incluir mais pesquisas sobre temas transculturais relacionados para determinar como diferentes aspectos sociais podem influenciar o estigma, incluindo a extensão e o *modus operandi* de cada contribuição³⁷. Essas questões são cruciais para a compreensão do estigma, bem como para o lançamento de iniciativas antiestigma em todo o mundo.

Agradecimentos

A amostragem dos dados da Suíça foi apoiada pela *Swiss National Science Foundation* (Grant nº 3200-067259). A amostragem dos dados brasileiros foi apoiada pela Janssen-Cilag Farmacêutica Ltda.

Gostaríamos de agradecer a Paul Zanotelli e Jens Hunsbedt pela revisão do manuscrito.

Referências

1. Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull.* 2007;33:192-9.
2. Staring AB, Van Der Gaag M, Van Den Berge M, Duivenvoorden HJ, Mulder CL. Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res.* 2009;115:363-9.
3. Gaebel W, Zaské H, Baumann AE, Klosterkötter J, Maier W, Decker P, et al. Evaluation of the German WPA "program against stigma and discrimination because of schizophrenia – Open the Doors": results from representative telephone surveys before and after three years of antistigma interventions. *Schizophr Res.* 2008;98:184-93.
4. Sartorius N. Fighting schizophrenia and its stigma. A new World Psychiatric Association educational programme. *Br J Psychiatry.* 1997;170:297.
5. Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol.* 1999;54:765-76.
6. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry.* 2002;1:16-20.
7. Torrey EF. Out of the shadows: confronting America's mental illness crisis. New York: John Wiley & Sons; 1997.
8. Angermeyer MC, Schulze B. Reinforcing stereotypes: how the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. *Int J Law Psychiatry.* 2001;24:469-86.
9. Stuart H. Fighting stigma and discrimination is fighting for mental health. Centre for Health Services and Policy Research. Kingston, Ontario: Queens University; 2005. Retrieved online from <http://www.mooodisorderscanada.ca/page/related-links-3>.
10. Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rossler W. Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2006;429:51-9.
11. Nordt C, Rossler W, Lauber C. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophr Bull.* 2006;32:709-14.
12. Sartorius N. Lessons from a 10-year global programme against stigma and discrimination because of an illness. *Psychol Health Med.* 2006;11:383-8.
13. Thompson AH, Stuart H, Bland RC, Arboleda-Florez J, Warner R, Dickson RA, et al. Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37:475-82.
14. Falk G. Stigma: how we treat outsiders. New York: Prometheus Books; 2001.
15. Lauber C, Nordt C, Rossler W. Recommendations of mental health professionals and the general population on how to treat mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40:835-43.
16. Loch AA, Hengartner MP, Guarniero FB, Lawson FL, Wang Y-P, Gattaz WF, et al. Psychiatrists' stigma towards individuals with schizophrenia. *Rev Psiq Clín.* 2011;38:173-7.
17. Lauber C, Nordt C, Sartorius N, Falcato L, Rossler W. Public acceptance of restrictions on mentally ill people. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2000;407:26-32.
18. Des Courtis N, Lauber C, Costa CT, Cattapan-Ludewig K. Beliefs about the mentally ill: a comparative study between healthcare professionals in Brazil and in Switzerland. *Int Rev Psychiatry.* 2008;20:503-9.
19. Angermeyer MC, Däumer M, Matschinger H. Benefits and risks of psychotropic medication in the eyes of the general public: results of a survey in the Federal Republic of Germany. *Pharmacopsychiatry.* 1993;26:114-20.
20. Link BG, Cullen FT, Frank J, Wozniak JF. The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter. *Am J Sociol.* 1987;92:1461-500.
21. Haraguchi K, Maeda M, Mei YX, Uchimura N. Stigma associated with schizophrenia: cultural comparison of social distance in Japan and China. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2009;63:153-60.
22. Bell JS, Aaltonen SE, Airaksinen MS, Volmer D, Gharat MS, Muceniece R, et al. Determinants of mental health stigma among pharmacy students in Australia, Belgium, Estonia, Finland, India and Latvia. *Int J Soc Psychiatry.* 2010;56:3-14.
23. Angermeyer MC, Buyantugs L, Kenzine DV, Matschinger H. Effects of labelling on public attitudes towards people with schizophrenia: are there cultural differences? *Acta Psychiatr Scand.* 2004;109:420-5.
24. Yang LH, Kleinman A, Link BG, Phelan JC, Lee S, Good B. Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory. *Soc Sci Med.* 2007;64:1524-35.
25. Fearon JD. Ethnic and cultural diversity by country. *Journal of Economic Growth.* 2003;8:195-222.

26. Sartorius N, Jablensky A, Shapiro R. Cross-cultural differences in the short-term prognosis of schizophrenic psychoses. *Schizophr Bull*. 1978;4:102-13.
27. Cohen A, Patel V, Thara R, Gureje O. Questioning an axiom: better prognosis for schizophrenia in the developing world? *Schizophr Bull*. 2008;34:229-44.
28. Karno M, Jenkins JH, De La Selva A, Santana F, Telles C, Lopez S, et al. Expressed emotion and schizophrenic outcome among Mexican-American families. *J Nerv Ment Dis*. 1987;175:143-51.
29. Lopez SR, Nelson Hipke K, Polo AJ, Jenkins JH, Karno M, Vaughn C, et al. Ethnicity, expressed emotion, attributions, and course of schizophrenia: family warmth matters. *J Abnorm Psychol*. 2004;113:428-39.
30. Bhugra D. Severe mental illness across cultures. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2006;429:17-23.
31. Nordt C, Stohler R. Incidence of heroin use in Zurich, Switzerland: a treatment case register analysis. *Lancet*. 2006;367:1830-4.
32. Rettenbacher MA, Burns T, Kemmler G, Fleischhacker WW. Schizophrenia: attitudes of patients and professional carers towards the illness and antipsychotic medication. *Pharmacopsychiatry*. 2004;37:103-9.
33. Patel MX, De Zoysa N, Baker D, David AS. Antipsychotic depot medication and attitudes of community psychiatric nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2005;12:237-44.
34. Patel MX, Yeung FK, Haddad PM, David AS. Psychiatric nurses' attitudes to antipsychotic depots in Hong Kong and comparison with London. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2008;15:758-66.
35. Hillert A, Sandmann J, Ehmgig SC, Sobota K, Weisbecker W, Kepplinger HM, et al. Psychopharmacological drugs as represented in the press: results of systematic analysis of newspapers and popular magazines. *Pharmacopsychiatry*. 1996;29:67-71.
36. Hoffmann-Richter U, Wick F, Alder B, Finzen A. Neuroleptics in the newspaper. A mass media analysis. *Psychiatr Prax*. 1999;26:175-80.
37. Abdullah T, Brown TL. Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values, and norms: an integrative review. *Clin Psychol Rev*. 2011;31:934-48.